

Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe

COLOMBIA

Indicadores de desarrollo, de la epidemia del VIH y de su respuesta

Índice de desarrollo humano: Colombia/LAC, 2009	0,702/0,72
Estimado de Personas con VIH (Spectrum 4.47 año 2010)	152 010 [90 450-235 280]
% estimado de personas con VIH que son mujeres (2010)	19,8%
Prevalencia de VIH (15-49) (2010)	0,52%
Prevalencia VIH mujeres 15-24 (2010)	0,14%
Prevalencia VIH hombres 15-24 (2010)	0,37%

Fuente: MSP, Colombia. Estimaciones para Colombia. Spectrum v.4.47. 2012; PNUD, Informe de Desarrollo Humano, 2009

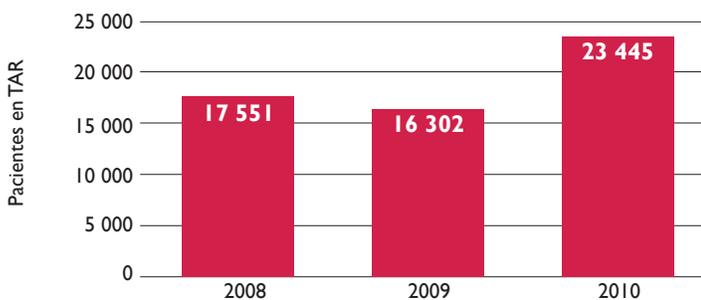
	2009	2010
Cobertura TAR	19% [14-25]	34%[26-45%]
Embarazadas con prueba de VIH (%)		49%
Tasa realización de prueba de VIH/1000 habitantes en Colombia/ LAC		31/ 81,2
% CD4<200 al inicio de la atención		no disponible

Fuente:WHO/UNAIDS/UNICEF. Global HIV/AIDS Response. Progress Report 2011

Tratamiento

Para el año 2010, Colombia notificó 23 445 pacientes en TAR. No se dispone de información sobre el número de niños entre esos pacientes. Aproximadamente un 25% eran mujeres. Se desconoce el número notificado de pacientes que iniciaron TAR en el 2010. El incremento neto de pacientes del 2009 al 2010 fue de 7143 (figura 1). Aún no se dispone de información sobre el número de pacientes por línea de tratamiento ni de la tasa de cambio de línea.

Figura 1 Pacientes en tratamiento antirretroviral 2008-2010



Provisión de servicios

Colombia no cuenta con información sobre el número de establecimientos públicos que proveen TAR.

Calidad de servicios y uso racional de ARV

Total esquemas de TAR para adultos (1.ª línea)	---
Adultos en 1.ª línea TAR con esquema recomendado por OMS	---
Total esquemas de TAR para adultos (2.ª línea)	---
Adultos en 2.ª línea TAR con esquema recomendado por OMS	---
Episodios de desabastecimiento (no)	34
Episodios de riesgo de desabastecimiento (no)	26
Pacientes perdidos en el 1.º año de TAR	14,2%
Retención a 12 meses de inicio de TAR	---
Pruebas de carga viral por paciente en TAR/año (media)	---

Fuente: Informes de país a la encuesta de ARV, OMS 2010. Informes de país de Indicadores de alerta temprana (2009-2011), encuesta de desabastecimientos 2010, OPS. --- = sin dato

No está disponible la información sobre el porcentaje de pacientes por principales esquemas de tratamiento.

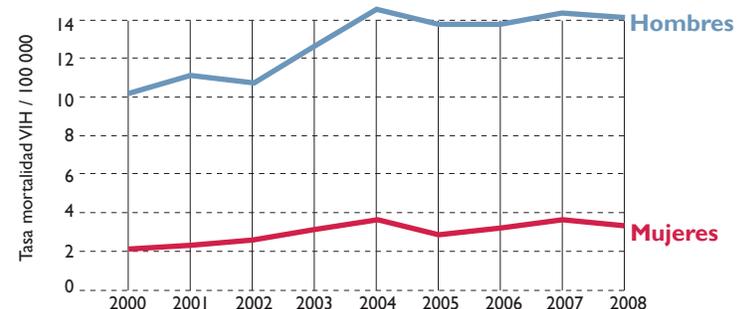
Coinfección TB-VIH

Para el 2010, el porcentaje de pacientes con TB con prueba de VIH realizada fue de 43%. De ellos, el 24% dio positivo, lo que se tradujo en 789 pacientes con coinfección TB-VIH, de los cuales el 56,6% comenzó tratamiento. Se notificaron 198 muertes de pacientes por VIH-TB.

Mortalidad por VIH

Durante el periodo 2000-2008, se observa un crecimiento de las tasas de mortalidad por VIH entre el año 2000 y el 2004 para ambos sexos, con una tendencia a la estabilización en valores altos entre el 2004 y el 2008. Colombia ha notificado un leve descenso en su tasa de mortalidad en el 2009 (figura 2).

Figura 2 Tasa estandarizada de mortalidad por VIH por sexo

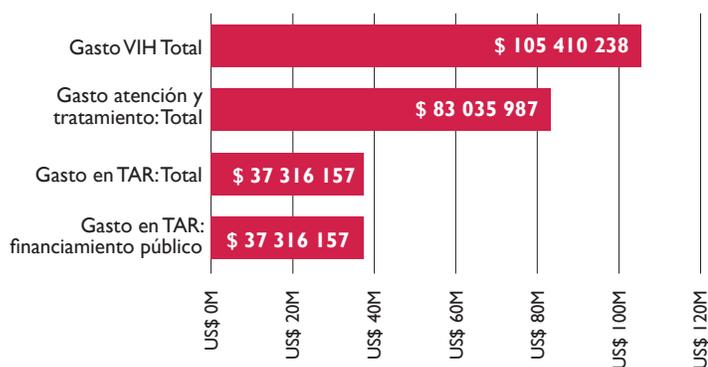


Gasto

En el año 2009, el gasto nacional en salud fue de US\$ 14 000 millones, de los que el 58% fue gasto público, es decir US\$ 8214 millones. El gasto público en salud, expresado como porcentaje del PIB, fue de 3,5%.

El gasto anual público en VIH para el año 2009 aparece en la figura 3. El gasto en antirretrovirales fue de US\$ 37 316 157, de los cuales el financiamiento fue público en un 100%. Respecto a la participación de las fuentes públicas, la seguridad social es la fuente de gasto más representativa con un promedio de participación del 90,0% con relación al 8,5% de las sub-nacionales y un 1,5% de las centrales nacionales. El gasto en ARV supone el 0,5% del gasto público en salud. El gasto por paciente en TAR se estimó en US\$ 2289.

Figura 3 Gasto anual en VIH, atención y en tratamiento ARV



Financiamiento externo: Fondo Mundial (FM)

Colombia cuenta con el apoyo del Fondo Mundial para su respuesta al VIH. El valor de las subvenciones activas es de US\$ 17 622 971. La propuesta actualmente financiada no incluye un componente TAR. Dicho financiamiento finalizará el 31 de marzo del 2013, aunque podría prorrogarse 3 años más.

Análisis y conclusiones

La tasa de realización de prueba de VIH es menor a la media regional. La cobertura de tratamiento ARV presenta brechas aunque la distribución por sexo parece corresponder a las estimaciones de carga de enfermedad de VIH por sexo. Se carece de información sobre nuevos inicios anuales en tratamiento y sobre la distribución por línea de tratamiento y cambio de 1.ª a 2.ª línea, así como sobre el acceso oportuno a la atención y retención en atención. No obstante, se observa una sobrecarga para el sistema de salud mostrado por el alto número de episodios de desabastecimiento. No se dispone de suficiente información para valorar el impacto del programa de tratamiento salvo en la tasa de mortalidad donde, a partir del año 2008, se empieza a mantener y se observa un leve descenso en el año 2009.

El gasto en ARV por paciente es superior a la media regional aunque podría ser menor resultando de un artefacto del sistema de información con un sub registro de pacientes en TAR. El financiamiento en ARV es público, lo cual permite asegurar la sostenibilidad del tratamiento ARV. Sin embargo, falta información esencial para analizar la gestión, sostenibilidad en el medio y largo plazo y el impacto del programa de ARV. Aunque el país está haciendo una gran inversión para responder al VIH la falta de datos de monitoreo impide demostrar estos logros.

Fuentes y metodología

Los datos sobre pacientes en tratamiento ARV, la retención a los 12 meses así como los datos programáticos provienen de los *Informes de país sobre progreso hacia el de Acceso Universal para VIH, 2011* y de las encuestas de *Uso de antirretrovirales 2011*, ambos notificados por los organismos competentes de cada país a OPS/OMS. Los datos relativos a la provisión de medicamentos y desabastecimiento provienen de una encuesta especial enviada en 2010 por OPS a los países de Latinoamérica y cumplimentada por los programas nacionales de VIH/sida. Los datos de mortalidad son notificados por los países a OPS. Los datos de coinfección TB-VIH provienen de *Global Tuberculosis Control 2011* de OMS. Los datos de mortalidad por TB-VIH provienen de una encuesta especial reportada por los países a la OPS (programa de TB).

Los datos relativos al gasto en VIH provienen de los estudios MEGAS realizados por ONUSIDA en colaboración con los países. Estos datos así como las estimaciones de la epidemia de VIH aparecen recogidos en AIDSinfo database de ONUSIDA (disponible en <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/aidsinfo/>).

Asimismo los datos de gasto en salud provienen de los indicadores básicos de la OPS y del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. Los datos de los proyectos del Fondo Mundial se han obtenido de la página Web del Fondo Mundial.

Definiciones

Episodios de desabastecimiento de ARV: “situación en la cual un producto no se puede dispensar por falta de existencias y que ocasiona la interrupción forzada del tratamiento en al menos un paciente”.

Riesgo de desabastecimiento: “nivel de existencias por debajo del nivel mínimo establecido o necesidad de implementar mecanismos no planificados para evitar el desabastecimiento (compras de urgencia, prestamos, etc.)”.

% CD4<200 al inicio de la atención: “Porcentaje de pacientes con CD4 basal <200 cel/mm³ respecto del total de pacientes con CD4 basal”.

Abreviaturas

ARV=antirretroviral; CV= carga viral; FM=Fondo Mundial; LAC= Latinoamérica y el Caribe; PIB=producto interior bruto; TAR= tratamiento antirretroviral; TB= tuberculosis

Agradecimientos

A los países de Latinoamérica y el Caribe y especialmente a los programas nacionales de VIH/sida, de que reportan datos a la OPS/OMS y a Teresa Moreno, del Observatorio Nacional de la gestión en VIH, que ha participado en la revisión de la hoja de datos de Colombia.